

2. В клинической симптоматике так же были выявлены различия. Значительными являются скорость появления симптомов у метанола и этиленгликоля составляет больше 1 часа. Изменение кожных покровов значительно отличается при отравлении этанолом. На основе данных таблицы можно сделать вывод, что менее токсичным спиртом является этиловый.

3. Правила оказания доврачебной помощи едины вне зависимости от того, каким спиртом произошло отравление.

Список литературы:

1. Максимчук В.П. Терапия основных патологических состояний обусловленных злоупотреблением алкоголем и его суррогатами. / В.П. Максимчук, О.Т. Прасмыцкий, А.А. Александров, И.З. Ялонецкий // Методические рекомендации. Минск, 2007. – 54с.

2. Сарманаев С.Х. Токсическое действие метилового спирта: экстренная медицинская помощь / С.Х. Сарманаев, В.Б. Иванов, И.Р. Ахметов // Вестник клинической больницы №51. - 2017. – Т.2. - №8. - С.24-29.

3. Токсическое действие алкоголя: федеральные клинические рекомендации. / под ред. Ю.Н. Остапенко – Москва, 2013. – 50с.

УДК 614.86

**Бочарникова К.С., Гафарова Д.Д., Антонов С.И.
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ
ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Bocharnikova K.S., Gafarova D.D., Antonov S.I.
ORGANIZATION OF ASSISTANCE TO THE POPULATION IN CASE
OF TRAFFIC ACCIDENT**

Department of Dermatovenereology and Life Safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: k.s.bocharnikova@mail.ru

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы организации медицинской помощи населению при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и госпитальном уровнях.

Annotation: The article deals with the organization of medical care for the population in case of traffic accidents at pre-hospital and hospital levels is being considered.

Ключевые слова: дорожно-транспортное происшествие, медицинская помощь, догоспитальный этап, госпитальный этап, трассовый медицинский пункт, медицина катастроф.

Key words: road accident, medical care, pre-hospital stage, hospital stage, distribution medical station, disaster medicine.

Введение

С развитием современного общества потребность в транспортном средстве у населения возрастает. В связи с этим дорожно-транспортные происшествия (ДТП) стали серьезной социальной медицинской проблемой для большинства развитых стран современного мира [4].

По статистике научного центра безопасности дорожного движения Министерства Внутренних Дел Российской Федерации за 9 месяцев 2020 года на территории Российской Федерации отмечается снижение всех трех основных показателей аварийности: количество участников 105932 (-10,3%), раненых 134547 (-11,9%) и погибших 11396 (-3,9%) [3].

Несмотря на определенные благоприятные изменения, уровень дорожно-транспортной аварийности в стране остается достаточно высоким – каждое одиннадцатое ДТП приводит к смертельному исходу (9757, -3,4%). Это связано с недисциплинированностью, несоблюдением правил дорожного движения, превышением скорости, ездой в ночное время, вождением автомобиля в нетрезвом состоянии, которые вызывают наиболее тяжкие автомобильные катастрофы [3].

Цель исследования – проанализировать процессы оказания медицинской помощи населению при дорожно-транспортных происшествиях.

Материалы и методы исследования. В исследовании были использованы анализ литературы и анкетирование в области дорожно-транспортных происшествий. В исследовании приняли участие студенты УГМУ. Всего было опрошено 49 респондентов из них 9 мужчин, 39 женщин. Средний возраст опрошенных составил от 19 до 25. Для проведения исследования была составлена авторская анкета.

Результаты исследования.

По результатам анкетирования, мы выяснили, что у 37,2 % водителей нет аптечки и огнетушителя в транспортном средстве. Для оказания медицинской помощи на месте происшествия приказом Министерства Здравоохранения утверждены состав автомобильной аптечки первой помощи и правила оказания само- и взаимопомощи пострадавшим при ДТП. Помощь оказывается самими пострадавшими, сотрудниками ГАИ, аварийно-спасательными командами, окружающими.

Основными причинами летальных исходов в большинстве случаев являются тяжелая черепно-мозговая травма, асфиксия, шок, тяжелые сочетанные и множественные повреждения груди, органов брюшной полости, переломы конечностей, костей таза. Несвоевременное оказание медицинской помощи,

поздний вызов скорой медицинской помощи и отсроченное время ее прибытия, неправильная постановка диагноза и отсутствие знаний по оказанию первой помощи свидетелями ДТП, водителями транспортных средств и сотрудниками ГИБДД являются дополнительными причинами летальных исходов [1].

Мы выяснили, что в большинстве случаев некоторые люди, в том числе и водители, не имеют навыков оказания помощи (47,1%) или имеют, но боятся это сделать из-за спонтанных или панических действий на месте ДТП (27,1%). На данный момент у территориальных центров медицины катастроф субъектов РФ созданы учебные центры, занимающиеся обучением граждан, правилам и приемам оказания первой помощи пострадавшим при чрезвычайной ситуации. Водителей также регулярно обучают оказанию первой помощи.

Организация оказания помощи состоит из двух этапов: догоспитальный и госпитальный.

На догоспитальном этапе оказывается первая медицинская и доврачебная помощь населению бригадами скорой медицинской помощи. Для организации догоспитального этапа необходимо: подбор персонала, обучение персонала, в том числе водителя, а также предоставление необходимых медикаментов, аппаратуры и транспорта.

В черте города помощь оказывается на догоспитальном этапе в порядке само- и взаимопомощи и бригадами скорой медицинской помощи. Наиболее сложными пострадавшими при ДТП являются пострадавшие с политравмой, в оказание помощи которых входит борьба с шоком. В нее входит транспортная иммобилизация, обезболивание, организация надлежущей инфузионной терапии и аварийно-спасательная техника. При компетентном качественном оказании манипуляций выживаемость растет и благоприятно влияет на последующую реабилитацию. Утяжелению состояния пострадавших в ДТП на месте происшествия и развитию летальных исходов способствует несвоевременное оказание им медицинской помощи, обусловленное поздним вызовом скорой, в результате сложной дорожной обстановки. Приоритетным является оперативность оказания помощи пострадавшим на месте ДТП, а также в процессе транспортировки в лечебное учреждение. В соответствии с этим введено понятие "золотого часа" определяющее временной фактор от момента получения травмы до доставки в стационар. По данным литературы, 90% тяжелораненых могли бы выжить, если бы первая помощь им была оказана в первые 9 минут. Если помощь им окажут через 20 минут, то удастся спасти 15%.

При ДТП за городом время прибытия скорой медицинской помощи увеличивается. Это обуславливает высокую летальность, поэтому были созданы трассовые службы медицины катастроф. Трассовый медицинский пункт располагается вдоль трассы федерального значения, должен быть оснащен посадочной площадкой для вертолетов, имеет автомобиль скорой медицинской помощи. Отвечает за проведение аварийно-спасательных работ на месте ДТП: извлечение пострадавших из автомобиля и оказание скорой медицинской помощи. При организации трассового медицинского пункта дежурит

круглосуточная выездная бригада, водители и медицинский персонал могут быть аттестованы и имеют право на ведение аварийно-спасательных работ. На каждом пункте назначают ответственного за организацию работы трассовой службы. Данная служба оснащена вертолетом и позволяет транспортировать пострадавшего с тяжелыми травмами в крупные города, с целью оказания специализированной помощи. Использование трассовой службы позволяет сократить "фазу временной изоляции" и получить достоверные сведения о медицинской обстановке. Также в связи с дефицитом кадров и тяжелой обстановкой дополнительными мерами по организации оказания медицинской помощи может быть развитие медицинских технологий оказания дистанционной консультативно-диагностической помощи между учреждениями разного уровня. Данный подход также позволит снизить летальность и инвалидизацию [2].

На основе анализа результатов Дорожно-Транспортного Травматизма определено, что наиболее частыми дефектами оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе являются недостаточное обезболивание, дефекты транспортировки пострадавших, и, как следствие, недостаточная инфузионная терапия, недооценка шокового состояния. Отсутствие психотерапевтической помощи опасно развитием отдаленных психических расстройств, а вероятность развития стрессовых расстройств увеличивается в 2-4 раза. Поэтому важно оказание психологической помощи на месте происшествия.

На госпитальном этапе оказываются все виды медицинской помощи. Особенностью является то, что на этом этапе пострадавшему в основном оказывается квалифицированная и специализированная медицинская помощь.

Госпитальный этап реализуется с помощью лечебно-профилактических учреждений. При выборе больницы, предпочтение отдается специализированным лечебным учреждениям службы медицины катастроф, которые называются травмоцентрами. Травмоцентры закреплены за участками автодорог республиканского и областного значения и наиболее подготовлены для оказания помощи населению, пострадавшему при ДТП.

Данные учреждения состоят из приемного, хирургического, нейрохирургического, травматологического, рентгенологического отделений; отделений ультразвуковой диагностики, эндоскопии, переливания крови, анестезиологии-реанимации и клиничко-диагностической лаборатории.

Травмоцентры бывают I, II, III уровней. Травмоцентр I уровня обеспечивает круглосуточное оказание экстренной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пострадавшим при ДТП, а также консультирование специалистов Травмоцентров II и III уровней и иных медицинских организаций. Травмоцентр II уровня обеспечивает круглосуточное оказание экстренной специализированной медицинской помощи и противошоковых мероприятий пострадавшим при ДТП. Травмоцентр III уровня обеспечивает круглосуточное оказание экстренной квалифицированной медицинской помощи и противошоковых мероприятий пострадавшим при ДТП,

а также подготовку пациентов с тяжелой множественной и сочетанной травмой к транспортировке в Травмоцентры I и II [5].

В соответствии с вышесказанными данными, для уменьшения летальных исходов при ДТП, необходимо правильно и своевременно организовать медицинскую помощь пострадавшим. Только качественное оказание помощи и эвакуация спасает жизнь. Поэтому важны все этапы оказания медицинской помощи. На догоспитальном этапе необходимо улучшить условия, для уменьшения времени прибытия скорой медицинской помощи на место ДТП, а также повысить профессиональные навыки лиц, оказывающих первую медицинскую помощь. На госпитальном этапе необходимо организовать дополнительную подготовку врачей по вопросам оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в ДТП.

Список литературы:

1. Багненко С. Ф. Принципы оказания скорой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на этапах эвакуации в условиях мегаполиса / С.Ф. Багненко, Ю.Б. Шапот, У.К. Алекперов, В.Л. Карташкин и др. // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2009. № 4. – С. 92–96.

2. Баранов А. В. Анализ оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Арктической зоне Российской Федерации / А.В. Баранов, Т.В. Вилова, Ю.Е. Барачевский, В.О. Баушев // Скорая медицинская помощь. – 2016. Т. 17, № 3. – С. 11–14.

3. Ляхов П.В. Дорожно-транспортная аварийность в Российской Федерации за 9 месяцев 2020 года/ П.В. Ляхов, С.Б. Наумов, К.С. Баканов // Информационно-аналитический обзор. – 2020 – С.4

4. Сахно, И.И. Медицина катастроф (организационные вопросы) / И.И. Сахно, В.И. Сахно// Учебник. – 2002. – С. 274.

5. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №927н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком" [Электронный ресурс] //СПС Консультант Плюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142010/ (дата обращения: 21.02.2021).

УДК 616.5-003.656.6

**Вашкина В.К., Логачева И.В., Симонова Н.В.
ТАБУ НА «ТАТУ»: БЕЗОПАСНЫ ЛИ ТАТУИРОВКИ?**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Российская Федерация

**Vashkina V.K., Logacheva I.V., Simonova N.V.
THINK BEFORE YOU INK: ARE TATTOOS SAFE?**